

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°
435

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Emile-Paul LOSSOUARN

Né le 10 Juillet à MAJUNGA (Madagascar)

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Nantes

Pharmacien suppléant des Hôpitaux de Nantes

Etude sur la souffrance fœtale
et la
mortalité des enfants extraits
par césarienne basse

En particulier, influence de la rachianesthésie

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

122

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Emile-Paul LOSSOUARN

Né le 10 Juillet à MAJUNGA (Madagascar)

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Nantes

Pharmacien suppléant des Hôpitaux de Nantes

Etude sur la souffrance fœtale
et la
mortalité des enfants extraits
par césarienne basse

En particulier, influence de la rachianesthésie

Président : M. JEANNIN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Clinique médicale	.....
Hygiène et clinique de la première enfance	.....
Clinique des maladies des enfants	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....
Clinique d'accouchements	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire



II. — Agrégés en exercice

MM.		
AMELINE	.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	.....	Pathologie médicale.
BENARD Henri	.....	Pathologie médicale.
BERNARD EL.	.....	Pathologie médicale.
BESANCON (J.)	.....	Hydrologie.
BOULIN	.....	Pathologie médicale.
BULLIARD	.....	Histologie.
CATHALA	.....	Pathologie médicale.
COSTE	.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	.....	Pathologie médicale.
DOGNON	.....	Physique.
FUNCK	.....	
BENTANO	.....	Pathologie chirurgicale.
FEY	.....	Urologie.
GAILLARD	.....	Parasitologie.
GASTINEL	.....	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
ROUVIERE.	
LEON BINET.	
STROHL.	
POLONOVSKI.	
Robert DEBRE.	
BRUMPT.	
BAUDOUIN.	
ADRAMI.	
MONDOR.	
LEROUX.	
CHAMPY.	
TIFFENEAU.	
HARVIER.	
TANON.	
BALTHAZARD.	
LAIGNEL.	
LAVASTINE	
FLESSINGER.	
CHIRAY.	
LOEPER.	
CARNOT.	
Marcel LABBE.	
CLERC.	
LEREBOULLET	
NOBECOURT.	
H. CLAUDE.	
GOUGEROT.	
GUILLAIN.	
LEMIERRE.	
CUNEO.	
GOSSET.	
GREGOIRE.	
LENORMANT.	
TERRIEN.	
CHEVASSU.	
LEVY-SOLAL.	
COUVELAIRE.	
JEANNIN.	
MOCOQUOT.	
OMBREDANNE.	
RATHERY.	
LEMAITRE.	
Pierre DUVAL.	
VILLARET.	
TROISIER	
MATHIEU.	
Clovis VINCENT.	
LAUBRY.	
HAZARD.	
HOVELACQUE.	
MULON.	
OLIVIER.	
SANNIE.	
VERNE.	

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CFABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL	
LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR E. LOSSOUARN

Professeur Agrégé à l'Ecole de Médecine de la Marine de Brest

ET

DE MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

PAUL JAFFRE

Professeur à l'Ecole d'Hydrographie de Brest

ET

DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

LE DOCTEUR LOUIS LOSSOUARN

Médecin de la Marine

ET

LE DOCTEUR VICTOR SEGALLEN

Médecin de la Marine

A MA MERE

A MON PERE

LE DOCTEUR E.-J. LOSSOUARN

Professeur Honoraire de l'Ecole de Médecine de Tientsin
Fondateur du Laboratoire Pasteur de Tientsin

*Témoignage de mon affection et de ma
reconnaissance.*

A MA FEMME

Qui fut la compagne de mes études pharmaceutiques et médicales et m'a soutenu de son affection et de son dévouement.

A MON BEAU-PERE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRERE

A MA FAMILLE

AMICIS ET INIMICIS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR PAUL LOSSOUARN

*Qui fut mon premier initiateur à l'Art
médical.*

A MA TANTE

A MON ONCLE

LE GÉNÉRAL MICHAUD

A MA TANTE

*Qui fit mon éducation première.
Affectueuse reconnaissance.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR CHARLES CRAS

Médecin Général de la Marine

A MON ONCLE

MICHEL JAFFRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Professeur de Clinique d'Accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier

*Hommage de respectueuse gratitude pour
le grand honneur qu'il nous a fait en accep-
tant de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

Qui a été l'inspirateur de ce travail et n'a cessé de nous prodiguer les conseils de sa haute expérience; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUERITHAULT

Professeur de Matière Médicale à l'Ecole de Médecine de Nantes
Pharmacien en Chef des Hôpitaux de Nantes

*Qui depuis notre entrée à l'Ecole nous a
guidé avec une inlassable bienveillance dans
la voie des études pharmaceutiques et médi-
cales et sera toujours pour nous le Maître
vénéré.*

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ET
DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

A mes Maîtres de Stage en Pharmacie :

MONSIEUR LE BONZEC
Pharmacien
Ancien Interne des Hôpitaux

ET

MONSIEUR PILLET
Pharmacien
Ancien Interne des Hôpitaux

*Qui me donnèrent la formation scienti-
fique première.*

Sentiments de respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

La lecture de nombreuses observations de la clinique obstétricale de Nantes sur les différents cas d'opération césarienne pratiquée par les Professeurs GROSSE et LEROUX à la Maternité-Clinique de l'Hôtel-Dieu, nous a amené à remarquer la fréquence assez grande de la souffrance fœtale et de la mortinatalité chez les enfants extraits par ce procédé.

Il faut noter que cette fréquence n'est pas surprenante dans une sélection de cas difficiles, d'autant plus que, même dans des accouchements normaux par les voies naturelles, on observe quelques cas de mortinatalité, alors qu'aucun des facteurs étudiés ici ne peuvent être en cause, à part la spécificité latente ou très diluée déterminant un certain degré de fragilité fœtale.

Nous basant sur ces observations, et sans prétendre faire une étude complète de toutes les causes susceptibles de déterminer la souffrance des fœtus extraits par opération césarienne, il nous a paru intéressant de mettre en lumière tous les faits présents dans ces observations et semblant avoir contribué à la faire apparaître.

Nous avons pu constater qu'ils peuvent être divisés en deux catégories distinctes :

Ceux qui sont indépendants de l'opération elle-même : présentation, circonstances et durée de l'épreuve du travail, intensité des contractions, œuf ouvert ou intact, maladies de la femme, traitement médicamenteux, opérations obstétricales pratiquées avant l'intervention (application de forceps par exemple);

Ceux qui relèvent de la césarienne proprement dite : difficultés opératoires, anesthésie.

De ces faits, surtout dans la première catégorie, la plupart des causes sont patentes, indépendantes en majorité de l'opérateur et s'expliquent d'elles-mêmes. Certaines prévisibles et résultant d'un retard dans l'application d'une thérapeutique tempestive (épreuve du travail prolongée par une sage-femme ou un médecin, applications répétées de forceps, etc..., avant l'appel au chirurgien accoucheur). D'autres, plus difficiles à prévoir, constituées par des difficultés opératoires souvent inopinées.

Il en est d'autres enfin où le mécanisme de la souffrance reste obscur : nous avons remarqué notamment dans plusieurs observations la discordance entre la qualité des bruits du cœur contrôlés immédiatement avant l'opération et l'état de souffrance fœtale (coloration du liquide amniotique, état d'apnée, difficulté plus ou moins grande de réanimation) constatée à l'ouverture de l'œuf par césarienne, alors que rien ne permettait de le prévoir (l'opération étant parfois

pratiquée au début même du travail et dans des conditions idéales); et nous nous sommes attaché spécialement à essayer de l'expliquer sans prétendre toutefois conclure d'une manière absolue à la confirmation de nos hypothèses.

Le mode opératoire pratiqué au cours de ces opérations fut celui de la césarienne suprasymphysaire typique dont les initiateurs en France ont été les Professeurs SCHIKELE (de Strasbourg) et BRINDEAU, et dont les avantages sur la césarienne haute classique ne sont plus à démontrer : incision plus courte, protection de la grande cavité abdominale, hémostase plus facile, etc..., et, d'autre part : rareté des lésions péritonéales et des adhérences, facteur important pour les césariennes itératives; enfin, solidité remarquable de la cicatrice utérine, point capital, permettant l'épreuve du travail au cours d'une nouvelle grossesse, et des accouchements ultérieurs, le cas échéant, par les voies naturelles.

Parfois il fut nécessaire, suivant les circonstances, d'empiéter sur le segment moyen, réalisant ainsi une opération atypique de césarienne mixte.

L'anesthésie fut généralement l'anesthésie rachidienne (par la scurocaïne en solution à 4 %), qui permet seule, en effet, d'obtenir le silence abdominal complet, avec paralysie momentanée des muscles abdominaux; de faire la section utérine sans hémorragie ou au prix d'une hémorragie minime et qui facilite la rétraction de l'utérus.

L'accès de vomissements de la vingtième minute fut

loin d'être constant et nous n'avons relevé qu'un seul cas de shock très grave, heureusement guéri, que l'on doit attribuer au relèvement trop brusque de la femme en fin d'opération (*Thèse ROUAULT, 1933*).

En cas d'échec de la rachianesthésie, ou en présence de sujet névropathique ou en état d'angoisse préopératoire, il fut parfois nécessaire de faire inhaler à la malade un peu de chloroforme, de Schleich ou de chlorokélène, au moment de l'incision pariétale.

Dans une première partie de cette étude, nous donnons une statistique des différents cas de souffrance fœtale ou de mortinatalité par rapport à la totalité des observations césariennes pratiquées dans les Services de la clinique obstétricale de Nantes depuis l'année 1921.

Puis nous avons étudié sommairement chacun des principaux cas en faisant ressortir les causes apparentes de souffrance fœtale, les unes préopératoires, les autres pendant l'opération.

Enfin, nous avons réuni les observations où les causes semblent mal déterminées et avons cherché à justifier les hypothèses qu'elles soulèvent.

STATISTIQUE

Cette statistique s'applique aux opérations césariennes basses pratiquées par les Professeurs GROSSE et LEROUX, de 1921 à 1938.

Nous relevons :

— 80 premières césariennes et 3 césariennes itératives pratiquées par le Docteur GROSSE.

— 189 premières césariennes et 19 césariennes itératives pratiquées par le Docteur LEROUX.

Ce qui porte à :

— 291 le total des césariennes basses.

— 269 le total des premières césariennes.

— 22 le total des césariennes itératives.

Sur ces 291 observations, nous trouvons :

— 16 cas de mortinatalité (l'enfant étant né en état de mort apparente, n'ayant pu être ranimé, ou ayant succombé après une réanimation pénible), soit 5,4 %.

— 87 cas de souffrance fœtale allant de l'état de mort apparente avec réanimation plus ou moins pénible et survie, à la simple coloration du liquide amniotique en passant par toutes les phases intermédiaires, soit 29 %.

Si nous comparons les cas observés au cours de premières césariennes à ceux observés au cours de césariennes itératives, nous obtenons les chiffres suivants :

Pour les premières césariennes :

15 cas de mortinatalité sur 269 observations,
soit 5,50 %.

82 cas de souffrance fœtale sur 269 observations,
soit 30 %.

Pour les césariennes itératives :

1 cas de mortinatalité pour 22 observations,
soit 4,5 %.

5 cas de souffrance fœtale sur 22 observations,
soit 22 %.

Nous pouvons déduire de cet examen comparatif que la mortinatalité et la souffrance fœtale semblent moins fréquentes chez les enfants extraits par césarienne itérative que chez ceux extraits par première césarienne.

Ceci vraisemblablement en raison des leçons tirées d'une première expérience : les femmes averties sont opérées plus tôt et moins exposées aux manœuvres septiques comme lors de la première césarienne.

L'examen plus approfondi de ces observations nous permet de diviser schématiquement les causes de la souffrance fœtale de la façon suivante :

1° Causes préopératoires et antérieures au travail, soit maternelles soit ovulaires environ 36 % pour les observations étudiées ;

2° Causes préopératoires, environ 48 % ;

3° Causes opératoires, environ 6 % ;

4° Causes indéterminées, environ 10 %.

Cette division est d'ailleurs assez arbitraire, on peut s'en rendre compte à la lecture des observations.

Il serait peu logique en effet de chercher une cause unique pour chaque cas de souffrance fœtale alors que bien souvent de multiples facteurs viennent s'ajouter pour la déterminer.

Mais nous avons cru pouvoir malgré tout adopter une classification en nous basant sur la cause qui semble prépondérante dans le cas envisagé.

Nous allons maintenant exposer rapidement ces causes et chercher une explication logique aux dernières.

CAUSES PREOPERATOIRES, ANTERIEURES AU TRAVAIL, OVULAIRES OU MATERNELLES

Nous avons surtout observé :

L'éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, le placenta prævia, qui compromettent sérieusement le fœtus, que celui-ci soit expulsé par les voies naturelles ou extrait par voie abdominale.

La syphilis maternelle connue ou ignorée, très souvent latente, et dans ce cas déterminant pour tous phénomènes une fragilité anormale du fœtus qui succombe au moindre traumatisme.

Causes tout à fait indépendantes de la césarienne ; que celle-ci soit pratiquée dans un but curatif ou pour une dystocie associée.

Nous ne pouvons nous étendre sur leur prophylaxie toute médicale qui dépasserait le cadre de notre étude. Signalons seulement la possibilité pour l'opérateur d'éviter la prolongation de la souffrance fœtale en intervenant opportunément.

Remarquons à ce sujet que l'opération césarienne donne le pourcentage le plus élevé d'enfants vivants, dans les cas de placenta prævia, par rapport aux autres procédés qui ont pu être employés, et l'intérêt primordial pour l'enfant d'une intervention rapide.

OBS. N° I. — (Observation N° 14, année 1929. Eclampsie.)

Malade amenée d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le 21 mai 1929, à 16 h. 25, dans un coma profond coupé de cris inarticulés.

Température 40°. T. A. 15,5 — 8,5.

Saignée de 200 gr. puis de 150 gr.

Urine retirée par cathétérisme, de couleur porto, peu abondante, 30 à 40 cc. décèle une albuminurie massive à l'analyse (12 grammes par litre).

Première crise d'éclampsie à 16 h. 55.

Deuxième crise d'éclampsie à 17 h. 30.

Troisième crise d'éclampsie à 19 h. 40.

22 mai, 11 h. 30. — Césarienne suprasymphysaire.

Enfant de sexe féminin, poids 2.900 gr., naît étonné, mais est facilement ranimé.

La malade succombe le 24 mai à 16 h. 15.

OBS. N° II. — (Observation N° 206. Année 1938).
Placenta prævia, hématome rétroplacentaire, Enfant mort.

Primipare, âgée de 30 ans.

Premiers pas à 14 mois, réglée à 12 ans.

Dernières règles du 18 au 20 juillet 1928. Mouvements actifs perçus durant la grossesse.

A 4 mois, nausées.

Petits symptômes de la série pré-éclamptique : céphalée légère mais persistante. Amblyopie. T. A. 15,5.

légère bouffissure de la face et des extrémités, jamais d'albumine.

Le 24 mars 1938 : fatigue.

Le 25 mars, à 12 heures, hémorragie abondante de sang rouge au moment d'un effort de défécation. Pâleur de la face, cyanose des extrémités, lypothymie.

Elle consulte un médecin : lit inondé de sang, vagin rempli de caillots, dilatation nulle, cœur fœtal perçu, mais irrégulier.

Rentre à la Maternité clinique.

A son arrivée : énormes caillots dans le vagin, début de dilatation. Bruits du cœur fœtal difficilement perçus à gauche et en haut de l'ombilic.

T. A. : mxa = 8.

17 h. 19 : césarienne basse : technique habituelle, pas de difficultés opératoires, extraction du fœtus en état de mort apparente. Le cœur bat, mais l'enfant succombe sans avoir respiré.

Existence d'un volumineux caillot rétroplacentaire ayant décollé presque tout le placenta, qui est extrait avec la plus grande facilité (franchement prævia et même recouvrant). Il s'agit donc d'un cas mixte de placenta prævia et hématome rétroplacentaire. Il semble que l'hémorragie due au placenta prævia et qui avait amené la constitution d'un très gros caillot vaginal eut été précédée par l'apoplexie rétro-placentaire.

OBS. N° III. — (Observation N° 93, année 1933. *Placenta prævia*.)

III pare, âgée de 36 ans.

Premier pas à un an, réglée à 13 ans.

1° Accouchement en janvier 1927, enfant bien portant ;

2° Fausse-couche de trois mois, pas de curettage.

Dernières règles du 3 au 6 octobre 1932. Mouvements actifs mi-février 1933.

Vomissements février 1933, onze jours de lit.

28 juin 1933, une hémorragie assez abondante.

30 juin 1933, une hémorragie petite très peu abondante.

5 juillet 1933, grosse hémorragie arrêtée à son domicile, reprenant au cours de son transport à la Maternité.

Légères traces d'albumine dans les urines.

A son arrivée : femme très shockée.

Présentation céphalique en O. I. D. P. Bruits du cœur assez ralentis, bien frappés.

Col dilaté à 5 Fr.

Poche des eaux rompue. La femme perd du sang.

23 h. 45. — Césarienne : anesthésie rachidienne excellente, en position latérale.

Césarienne suprasymphysaire facile. Passage au travers du placenta (inséré sur le segment inférieur) très adhérent et que l'on n'a pu décoller. Extraction d'un enfant de sexe féminin, de 6.160 gr. dont le cœur bat faiblement et qui n'a pu être ranimé.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° IV. — (Observation 34, année 1933. *Placenta prævia*.)

Primipare âgée de 28 ans.

A toujours bien marché. Réglée à 14 ans.

Pleurésie à 20 ans.

Dernières règles 20 février. Mouvements actifs perçus vers le cinquième mois.

2 décembre, 21 heures, hémorragie gros caillots.

6 décembre, 6 heures, hémorragie gros caillots.

6 décembre, 16 heures, hémorragie moins abondante, mais persistante.

18 h. 30, rentre à la Maternité.

19 heures, pouls 120, assez bien frappé.

Bruits du cœur fœtal nets, col à 1 Fr. Présentation céphalique élevée. Placenta dans l'orifice cervical.

Cette femme a subi 7 touchers avant son entrée à la maternité.

20 heures. Césarienne : anesthésie rachidienne. Incision utérine tombant sur le placenta. Pas de sang, ouverture de l'œuf : liquide teinté de méconium, extraction facile de l'enfant.

Le cœur bat, aucun mouvement respiratoire. Ranimé péniblement au bout d'un quart d'heure : lobeline, bain sinapisé, frictions alcooliques, flagellation.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° V. — (Observation N° 140, année 1932. *Placenta prævia*.)

II pare, âgée de 37 ans.

Premiers pas à un an, règles à 18 ans.

Un accouchement normal en avril 1939, garçon bien portant.

Dernières règles du 29 au 1^{er} juillet 1931.

Janvier 1932, petite hémorragie nocturne sans cause apparente qui s'arrête vite.

11 mars 1932, 1 heure. Hémorragie très abondante, rentre à la maternité.

12 mars et 13 mars. Rien.

14 mars, 16 heures. Légère perte sanglante continue.

18 heures, rupture des membranes, quelques contractions, dilatation à 2 Fr. Pas de segment inférieur. Caillots très abondants. Injection chaude.

19 h. Contractions plus énergiques, dilatation stationnaire, hémorragie persistante, bruits du cœur modifiés.

19 h. 50. *Césarienne* : anesthésie rachidienne.

Temps opératoires normaux.

Enfant du sexe féminin de 2870 gr., difficile à ramener.

Suites normales.

Guérison.

OBS. N° VI. — (Observation N° 149, année 1932. *Placenta prævia*.)

V pare, âgée de 39 ans.

Premiers pas à 12 mois, réglée à 12 ans.

1^{er} accouchement, août 1923, forceps, fille bien portante.

2^e accouchement octobre 1925, un garçon bien portant.

3^e accouchement, janvier 1927, une fille bien portante.

4^e accouchement, septembre 1932, une fille bien portante.

Dernières règles du 20 au 25 juin 1932. Mouvements actifs perçus en novembre.

Au troisième mois, vomissements abondants, coliques hépatiques.

Au septième mois, petite hémorragie nocturne, un jour.

Au huitième mois, petite hémorragie nocturne, un jour.

Au neuvième mois, petite hémorragie nocturne, un jour.

13 mars, 10 heures. Grosse hémorragie d'un quart d'heure : lit une semaine.

19 mars, 21 heures. Grosse hémorragie, transfert à la Maternité, pertes légères toute la journée.

20 mars, à 21 heures. Femme en travail, col dilaté à 5 Fr., assez souple, pas de segment inférieur de formé. Tête au-dessus du D. S. grosse dure, poche des

eaux intacte. Lambeau placentaire décollé perçu au toucher. Bruits du cœur bons mais ralentis.

Rupture des membranes, flot abondant de liquide. La tête ne descend cependant pas, gros caillots expulsés.

22 h. 10. Césarienne : rachianesthésie, temps opératoires normaux. Enfant cyanosé, sexe féminin, poids 3420 gr., respire rapidement mais mal, avalant des mucosités, ne crie pas.

Friction, flagellation, bains révulsifs ont raison de cet état.

Suites opératoires normales.

Guérison.

Obs. N° VII. — (Observation N° 47, année 1931. *Placenta prævia*.)

II pare, âgée de 38 ans.

Premiers pas à 18 mois, réglée à 15 ans.

Un accouchement le 30 mars 1930, fille vivante.

Dernières règles du 22 au 27 octobre 1930.

Hémorragie peu abondante à 6 mois à la suite d'un effort. Tout se calme.

1^{er} juin 1931, à 15 h. 30. — Hémorragie abondante avec caillots, injections vaginales chaudes, piqûres d'anthéma.

Elle entre à la maternité, son hémorragie cesse, cinq jours de lit, elle se lève.

15 juin, à 10 heures. — Coliques, perte de sang qui cède à une injection vaginale chaude, léger suintement de sang persistant jusqu'au lendemain.

16 juin, 13 h. 30. — Douleurs, hémorragie intense.

Présentation céphalique.

13 h. 40. — Césarienne. Rachianesthésie + schleich par bouffées. Opération classique menée rapidement.

Extraction d'un enfant de 2520 gr. sexe masculin, ranimé avec quelques difficultés.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° VIII. — (Observation N° 6, année 1931. *Placenta prævia*.)

VIII pare.

A toujours bien marché, réglée à 15 ans.

Quatre grossesses, quatre enfants vivants.

Cinquième grossesse, enfant vivant, mort de méningite plus tard.

Sixième grossesse, enfant vivant, mort par hémorragie du cordon.

Septième grossesse, deux enfants mort-nés.

Dernières règles du 23 au 27 août 1930.

26 avril 1931. — Le matin hémorragie abondante (sang rouge par caillots), se calme l'après-midi, reprend dans la nuit.

1^{er} mai au 7 mai. — Hémorragies répétées, asthénie, pâleur.

9 mai 1931. — Le soir hémorragie très abondante détermine son entrée à la maternité.

10 mai, 1 heure du matin. — Injection vaginale chaude qui arrête momentanément les pertes.

5 heures. — Hémorragie abondante, pas de signes de travail. Faciés décoloré, pouls faible à 130, utérus non contracté, présentation céphalique en O. I. G. T. haute non engagée.

Bruits du cœur foetal très bien frappés.

6 h. 30. — L'hémorragie continue, quelques contractions, quelques douleurs.

Toucher : col entr'ouvert, placenta décollé.

7 heures. — Césarienne : opération facile, extraction d'un enfant du sexe masculin du poids de 3400 gr. Le liquide amniotique est souillé de méconium.

Hystérectomie.

Guérison.

OBS. N° IX. — (Observation N° 25, année 1928. *Placenta prævia*.)

Primipare, âgée de 23 ans.

Premiers pas à 14 mois. Réglée à 17 ans.

Dernières règles du 15 au 20 septembre 1927. Mouvements actifs perçus à 4 mois.

1^{er} juin 1928. — Légère perte de sang durant la nuit.

4 juin 1928. — Légère perte, consulte et rentre à la Maternité.

7 juin 1928. — Légère perte.

8 juin 1928. — Rien le matin ni l'après-midi. Le soir, la femme souffre et perd beaucoup.

Toucher : col effacé, déhiscent.

Segment inférieur peu développé, tête non engagée
Vagin étroit, périnée peu extensible.

8 juin, 21 h. 45. — *Césarienne*. Essai de rachi puis Schleich. Césarienne suprasymphysaire, ouverture de l'utérus. On tombe sur le placenta, on le décolle rapidement et l'on extrait rapidement l'enfant en lui passant la main derrière la tête.

Enfant. — Pâle, étonné, quelques frictions, quelques flagellations le raniment.

OBS. N° X. — (Observation N° 71, année 1929. *Placenta prævia*.)

VI pare, âgée de 39 ans.

Premiers pas à 14 mois, réglée à 17 ans.

1° Abortum de 2 mois et demi en janvier 1922.

2° Abortum de 4 mois et demi en octobre 1922.

3° Abortum de 4 mois en décembre 1924.

4° Accouchement à terme en avril 1926, enfant bien portant.

5° Accouchement à terme en juillet 1927, enfant bien portant.

Dernières règles du 26 au 30 novembre 1928, douleurs lombaires et crampes dans les membres inférieurs à partir du sixième mois.

3 août, à 21 heures. — Perte sanglante assez abondante. Reste au lit jusqu'au 8 août, elle perd peu et se lève vaquant à ses travaux avec peine.

13 août, dans la nuit. — Perte moins abondante vers minuit, elle se lève le 14.

16 août, 3 heures du matin. — Hémorragie abondante.

Elle est amenée à la Maternité.

A son arrivée, elle ne saigne plus, visage un peu pâle. Pouls à 92 bien frappé. On décide d'attendre, espérant faire une version en cours de travail.

Traitement : injections chaudes, huile camphrée, strychnine spartéine, sérum physiol.

Tension 12 — 7.

17 août, 3 heures. — Hémorragie brutale très abondante, dilatation insignifiante.

3 h. 30. — Hémorragie. Pouls à 100, moins bien frappé que la veille.

5 heures. — Césarienne suprasymphysaire atypique par défaut de longueur du segment inférieur et du peu d'étendue de la zone décollable du péritoine. (L'incision porte en partie sur le segment inférieur et en partie sur le corps utérin. Introduction de la main dans l'utérus à travers le placenta complètement en avant et en partie décollé, extraction facile de l'enfant.

Enfant : blanc, ayant subi un début d'asphyxie. Ranimé avec quelque peine. Poids 2980 gr., sexe féminin.

OBS. N° XI. — (Observation N° 92 *bis*, année 1928. *Placenta prævia*.)

Primipare.

Premiers pas à 15 mois. Réglée à 14 ans 1/2.

Dernières règles du 30 avril au 3 mai 1927. Mouvements actifs perçus en septembre 1927.

12 février 1928. — Très légère hémorragie qui n'inquiète pas la malade.

14 février 1928. — Nouvelle hémorragie, abondante qui dure une partie de la journée, douleurs dans le bas-ventre, difficultés pour marcher.

26 février 1928. — Hémorragie de moyenne abondance dans la matinée, cesse l'après-midi, reprend la nuit.

27 février 1928. — Hémorragie continue de plus en plus abondante. Le médecin de la malade porte le diagnostic de placenta prævia et la fait rentrer à la maternité.

27 février 1928, 17 h. 30. — La malade perd en abondance par caillots. Etat général bon, utérus qui se contracte, tête non engagée en position O. I. G. T., bruits du cœur bons, col légèrement entr'ouvert rempli de caillots.

20 h. 30. — Césarienne. Anesthésie au Schleich. Opération normale, utérus saignant beaucoup (nécessité d'une injection de rétropituine).

Enfant. — Sexe masculin, 3400 gr., né en état de mort apparente, respiration artificielle, bains chauds et froids, ranimé assez vite.

Les jours suivants, strabisme convergent P. L. L. C. R. sanglant. Le 8 mars, enfant bien portant; amélioration des troubles oculaires.

Mère : guérison.

CAUSES PREOPERATOIRES AU COURS DE L'EPREUVE DU TRAVAIL

A ce sujet, il est nécessaire d'envisager deux cas que nous pourrions appeler les circonstances différentes de l'épreuve du travail.

Le premier cas, c'est celui de la femme, en campagne ou en ville, de milieu social très moyen ou ordinaire, qui n'a subi aucun examen de consultation prénatale, ou qui reste livrée aux mains d'une sage-femme parfois inexpérimentée ou téméraire. Ici l'épreuve du travail sera conduite en toute ignorance de cause, les touchers septiques seront pratiqués à répétition, une tentative de dilatation manuelle aura pu être tentée, puis au bout d'un temps plus ou moins long, devant l'échec de toutes les tentatives, la femme sera conduite en maternité.

Dans d'autres cas bien voisins, les opérations auront été menées par un médecin qui aura pratiqué quelques tentatives de dilatation ou « infligé » au fœtus quelques applications de forceps sans résultat, aura eu recours à l'hypophyse dont le résultat aura été l'augmentation des contractions utérines sans autre avantage qu'une souffrance fœtale, et finalement se sera décidé à faire transporter sa cliente en mater-

nité. Conditions sociales, conditions médicales de l'épreuve du travail !

Tout autre sera le cas de la femme entrée à la maternité en fin de grossesse, suivie régulièrement et chez qui l'épreuve du travail sera faite d'une façon délibérée et systématique.

Plus de touchers septiques, plus d'ocytociques à action brutale, mais plutôt les antispasmodiques (morphine, spasmalgine, etc.). Plus de tentatives forcenées.

Mais un examen attentif des faits, une auscultation fréquente du fœtus, la recherche des signes de souffrance et l'intervention à temps par voie abdominale.

En conséquence, les principaux facteurs qui semblent jouer sont :

- les conditions de l'épreuve du travail,
- sa durée et sa prolongation,
- l'ouverture de l'œuf et son infection,
- l'intensité des contractions.
- la procidence du cordon.
- les traitements médicamenteux (hypophyse, etc.)
- les opérations obstétricales « infligées » à l'enfant avant la césarienne.

Parmi ceux-ci : la prolongation de l'épreuve du travail. L'infection ovulaire — la procidence du cordon — les tentatives répétées d'application de forceps sont imposées au chirurgien qui reçoit la femme et sont responsables de la plupart des cas de mortinatalité.

On conçoit qu'une thérapeutique chirurgicale appli-

quée à temps et une conduite plus orthodoxe au cours de l'épreuve du travail elle-même puisse être de nature à les éviter.

Il reste donc comme causes susceptibles de provoquer la souffrance fœtale au cours de l'épreuve du travail systématique en maternité le facteur : durée.

On conçoit qu'avec des bruits du cœur normaux l'absence d'écoulement de méconium, l'accoucheur soit amené à prolonger quelque peu l'épreuve du travail, mais cette manière de faire peut quelquefois se montrer dangereuse et mieux vaut intervenir précocement.

Eviter les causes préopératoires de souffrance au cours de l'épreuve du travail, c'est agir normalement et respecter les indications de l'opération césarienne.

Voici quelques observations typiques sur ces différents cas :

On remarquera que très souvent l'épreuve du travail a été faite non de propos délibéré, mais imposée par les circonstances : (hésitation de la parturiente et de son entourage pour une intervention sanglante, éloignement d'un centre chirurgical, etc...) et qu'il en est résulté la plupart des cas de mortinatalité et de souffrance fœtale.

D'autres fois, le travail fut voulu dans des circonstances où l'on pouvait espérer l'accouchement par les voies naturelles (bassin limite).

Cette épreuve du travail fut effectuée en toute con-

naissance de cause avec surveillance attentive de l'utérus et des bruits du cœur fœtal.

Il n'est pas niable que l'opération conduite dans ces conditions puisse amener l'extraction d'un enfant présentant des signes légers de souffrance, mais aucun cas de mortalité n'a été relevé et c'est la confirmation du fait que la souffrance fœtale et la mortalité peuvent être en grande partie évitées par une intervention faite de propos délibéré au cours d'une surveillance attentive prenant la femme au début du travail.

Obs. N° XII. — (Observation N° 86, année 1931. *Face défaut d'engagement. Césarienne tardive.*)

Primipare, âgée de 23 ans.

Premiers pas à 9 mois, réglée à 12 ans.

Dernières règles du 6 au 10 avril 1930, mouvements actifs perçus à 4 mois.

30 janvier 1931. — Début du travail, présentation céphalique.

1^{er} février. — Rupture des membranes, la tête reste immobile.

Toucher : face M. I. G. A., rentre à la maternité.

Bruits du cœur fœtal, excellents.

Césarienne sous rachianesthésie : à l'ouverture de l'utérus liquide verdâtre, sentant mauvais, extraction facile de l'enfant, poids 3570 gr. qui présente des déformations de la face, quelques inspirations faibles. Traitement habituel, sans résultat, l'enfant meurt.

Suites opératoires bonnes.

Guérison.

N. B. — Cette femme a mis au monde en 1932 un garçon de 3650 gr., accouchement normal (Observation N° 66, année 1932).

OBS. XIII. — (Observation N° 44, année 1923). *Rétention chlorurée, œuf infecté, en travail depuis quarante-huit heures, enfant mort.*

Femme âgée de 34 ans.

Premiers pas à 10 mois, réglée à 13 ans.

Croup à 4 ans, bronchites répétées jusqu'à 13 ans, crises de rhumatismes à 14 ans et à 32 ans.

Une fausse-couche de 3 mois à 31 ans.

Dernières règles du 26 au 29 mars 1923, mouvements actifs début août.

Vomissements les premiers mois, pas d'albuminurie, soif inaltérable.

15 décembre. — Cette femme entre le 15 décembre à la maternité, se plaignant de douleurs épigastriques, troubles de la vue, céphalée, tension 18 — 9,5, œdème considérable des membres inférieurs, régime lacté absolu.

16 décembre. — Urines 5 litres en vingt-quatre heures, douleurs lombaires, 2 épistaxis légers, 0° 37°8 le matin

17 décembre. — Urines 7 litres en vingt-quatre heures, 1,90 de NaCl par litre, 1,29 d'urée, pas d'albumine ni de sucre.

18 décembre. — Tension 19,5 — 7, diète hydrique durant quarante-huit heures.

20 décembre. — Tension 19,7, — 7, saignée de 400 gr. Tension une heure après 17,5 — 7,5.

Urée sanguine : 0,10 ‰. Wassermann négatif.

24 décembre. — Œdèmes diminués de volume, mais tension 18,5 — 9.

25 décembre, 16 heures. — Rupture des membranes, liquide amniotique verdâtre, pas de coliques.

26 décembre. — Tension 23 — 7 à gauche, 21,5 — 7 à droite, saignée de 350 gr.. Tension 21,7.

27 décembre, 8 heures. — Dilatation à 1 Fr. Bruits du cœur très bien perçus, très haut à gauche.

14 heures. — Dilatation 2 Fr., col épaissi de consistance ligneuse, surtout à la partie inférieure.

17 heures. — Dilatation 2 Fr., — Θ , 38°5. Pouls 120.

Fœtus. — Présentation O. I. G. A. Bruits du cœur non perçus depuis 13 heures.

17 h. 30. — Césarienne, anesthésie éther. Extraction d'un enfant mort, sexe masculin de 4 k. 400.

Hystérectomie totale. Guérison.

OBS. N° XIV. — (Observation N° 123, année 1931).
Bassin rétréci, deux tentatives de forceps. Césarienne, enfant qui succombe une heure après.

Primipare âgée de 23 ans.

Premiers pas 14 mois, réglée à 13 ans.

Dernières règles du 15 au 18 novembre 1930, mouvements actifs perçus au début d'avril 1931.

6 septembre, 21 heures. — Début du travail.

8 septembre, 10 heures. — Rupture des membranes.

Deux applications de forceps sans résultat.

14 h. 30. — Rentre à la maternité.

Femme choquée, pouls à 120, petit 38°.

Hauteur utérine très grande, 38 cm.

Ascension de l'anneau de Bandl.

Œdème considérable de la vulve.

Dilatation complète, présentation O. I. G. T. élevée.

Tête fléchie au maximum, bruits du cœur bien perçus.

Bassin rétréci.

Contractions utérines douloureuses irrégulières.

16 h. 30. — Césarienne, extraction d'un enfant de sexe masculin pesant 3400 gr. en état de mort apparente, en résolution musculaire complète, battements cardiaques faibles et ralentis (resp. art., insufflation, lobeline intramusculaire). Les battements cardiaques se régularisent, sont plus perceptibles, mais ni mouvements inspiratoires ni cris.

Bientôt ils s'espacent, les téguments se décolorent, l'enfant se refroidit et succombe.

Note. — Femme revue en juillet 1933, césarienne itérative, enfant vivant.

Femme revue en avril 1937, césarienne itérative, enfant vivant.

(Observations N° 127, année 1933 ; et N° 226, année 1937.)

OBS. N° XV. — (Observation N° 131, année 1921.
*Bassin rachitique, tentative de forceps, césarienne,
enfant impossible à ranimer.*

Primipare âgée de 45 ans.

Premiers pas à 8 mois et demi.

Réglée à 13 ans, règles régulières, peu abondantes,
toujours douloureuses.

Fièvre typhoïde à 25 ans, hernie opérée à 40 ans.

Date des dernières règles du 12 au 15 novembre
1920.

Mouvements actifs du fœtus en mai 1921.

Cours de la grossesse : vomissements les premiers
mois, douleurs abdominales, pas d'albuminurie.

15 septembre. — Début du travail. 3 heures du ma-
tin, rupture prématurée des membranes avant tout
travail, présentation céphalique, aucun engagement,
bassin rétréci, promontoire accessible, fortes contrac-
tions, travail très lent.

17 septembre, 21 heures. — Dilatation à 5 Fr. Bords
épais irréguliers, la tête n'appuie pas, liquide amnio-
tique fétide.

18 septembre, 17 heures. — Dilatation petite pau-
me, bords plus souples, la tête appuie, bruits du cœur
très bons.

20 heures. — Dilatation stationnaire, on procède à
une dilatation manuelle sans chloroforme, deux appli-
cations de forceps sans résultat, la femme est trans-
portée d'urgence à la maternité.

22 heures. — Césarienne : l'abdomen renferme un

liquide de même odeur et de même couleur que le liquide amniotique : perforation utérine au niveau du promontoire (dimension de l'extrémité de l'index), due vraisemblablement à l'écrasement des tissus utérin entre la tête et le promontoire. Extraction du fœtus. Hystérectomie totale. Drain vaginal et sus-pubien.

Enfant. — En état de mort apparente, on réussit à obtenir quelques mouvements respiratoires, succombe en une heure.

Mère. — Décédée le 20, péritonite.

OBS. N° XVI. — (Observation N° 160, année 1928.
Bassin rétréci. Césarienne après tentative de forceps au D. S., enfant mort, hémorragie méningée).

Il pare âgée de 29 ans.

Premiers pas à 10 mois. Régée à 18 ans.

Rein flottant.

Un enfant mort-né, accouchement naturel le 31 juin 1927.

Dernières règles, du 12 au 16 février 1928.

Petite hémorragie en juillet et août.

2 et 3 décembre 1928, matin, quelques coliques.

4 décembre. — Dans la nuit du 4 au 5, début de travail.

10 heures. — Rupture des membranes, coliques nombreuses et douloureuses.

22 heures. — Tentative de forceps au D. S.

5 décembre. — 4 heures. — Amenée à la maternité. Tête ballottante au D. S., promontoire accessible.

Césarienne. — Supra symphysaire. Temps normaux, méconium abondant, enfant de sexe masculin, pesant 3.880 gr. assez difficile à ranimer (tête déformée dans le sens antéro-postérieur). Paralysie faciale. P. L. = L. C. R. sanglant, contractions spasmodiques.

Les contractions se rapprochent et augmentent ; l'enfant meurt dans la nuit.

N. B. — Césarienne itérative pratiquée le 29 mars 1932. Début du travail le 29, à 21 h. 55, opération à 23 heures (poche des eaux intacte position O.I.G.A.). Anesthésie rachidienne, Enfant vivant qui crie immédiatement.

(Observation 100, année 1932).

OBS. N° XVII. — (Observation N° 57, année 1930. *Siège procidence du cordon, Césarienne, enfant qui doit être ranimé*).

Primipare âgée de 18 ans.

Premiers pas à 9 mois, réglée à 15 ans.

Dernières règles le 27 septembre 1929. Mouvements actifs perçus à quatre mois et demi.

16 juillet 1930, 20 heures. — Début du travail.

17 juillet, 1 heure. — Rupture des membranes par la sage-femme, liquide purée de pois. Présentation du siège, procidence du cordon. On amène la malade à la maternité.

Bassin plat rétréci, le cordon pend à la vulve, les battements d'abord perçus cessent puis reprennent. Bruit du cœur fœtal irréguliers faibles.

6 heures. — *Césarienne* : Rachianesthésie. Césarienne basse, extraction assez difficile de la tête dernière.

Enfant de sexe féminin, poids 3.660, naît étonné, mais est ranimé facilement.

OBS. N° XVIII. — (Observation N° 97, année 1924).
Siège. Procidence du cordon. Enfant difficile à ranimer.

II pare âgée de 36 ans.

A toujours bien marché, réglée à 13 ans.

Rougeole, scarlatine, coqueluche en bas âge.

Un accouchement en mai 1909 normal, enfant mort accidentellement à 14 ans.

Dernières règles, début février 1924. Mouvements actifs perçus en avril.

Vomissements durant six mois.

Entrée d'urgence, le 14 octobre. Début du travail à 6 h., le 14 octobre. A 11 h. 40, dilatation de 5 francs. Siège S.I.G.T., col très dur, procidence du cordon. Bruits du cœur bien frappés, perte de méconium.

14 octobre, 13 heures. — Césarienne. Anesthésie : éther. Incision de la paroi, énucléation de l'utérus, hors de l'abdomen; ponction de l'utérus, ouverture aux ciseaux. Le placenta se présente, on entend le fœtus faire une inspiration et une seconde. Extraction par les pieds et libération de la tête en déchirant les membranes, double pince sur le cordon et section. Hystérectomie subtotale, appendicectomie.

Utérus. — Fibrome dégénéré en arrière de l'utérus.

Fœtus. — L'enfant naît étonné, en asphyxie blanche, aspiration des mucosités. Difficile à ranimer.

Mère. — Guérison.

OBS. N° XIX. — (Observation N° 98, année 1935).

II pare âgée de 39 ans.

Réglée à 14 ans.

Premier accouchement en novembre 1931. Césarienne après épreuve du travail, enfant mort le 9^e jour.

Dernières règles du 10 au 15 septembre 1934. Mouvements actifs perçus début janvier 1935.

30 juin, 23 heures. — Début du travail.

1^{er} juillet, 3 heures. — Perte des eaux.

6 heures. — Entre à la maternité.

6 heures. — Ecoulement de liquide teinté de Méconium.

7 heures. — Présentation céphalique élevée : bruits du cœur bons ; écoulement méconial ; bassin généralement rétréci. Dilatation : 1 Fr.

7 h. 1/4. — Césarienne basse itérative. Anesthésie rachidienne 0,10 scurocaïne sans résultat. On complète l'anesthésie au chloroforme. Opération normale : à noter hémorragie importante comme si la rachi était sans résultat.

Œuf rempli de Méconium.

Extraction d'un enfant enduit de Méconium. Très vivant. Poids 3.180, sexe masculin.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XX. — (Observation N° 200, année 1935).
Bassin rétréci, césarienne, enfant à souffert.

Primipare âgé de 23 ans.

Premiers pas à 14 mois, luxation congénitale, réglée à 13 ans.

Dernières règles du 15 au 19 mai. — Mouvements actifs perçus en novembre.

17 octobre 1935, au soir. — Dilatation à 1 Fr., tête élevée. Poche des eaux intactes.

18 octobre 1935, au matin. — Femme obèse, présentation en O. I. G. A., bruits du cœur fœtal excellents.

Toucher douloureux, parties molles très fermes, dilatation à 2 Fr., poche des eaux intacte, bassin généralement rétréci, contractions de mauvaise qualité.

10 h. 50. — Rachianesthésie parfaite. Césarienne basse typique, œuf rempli de Méconium.

Enfant de sexe masculin, de 2.130 gr., respire spontanément.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXI. (Observation n° 116, année 1930).
Bassin rétréci, césarienne, enfant qui a souffert.

Primipare âgée de 40 ans.

A toujours bien marché, réglée à 12 ans.

Dernières règles le 2 décembre 1929. Mouvements actifs perçus à 5 mois.

28 septembre. — Dans la nuit du 28 au 29 : Début du travail.

30 septembre. — Début de la dilatation.

1^{er} octobre, 21 heures. — rupture de la poche des eaux.

2 octobre. — Entrée à la maternité ; femme petite, bassin rétréci, tête fœtale haute débordant le pubis. Plusieurs petits fibromes découverts à la palpation.

Toucher : périnée dur, tissu inextensible, grosse bosse sérosanguine.

Dilatation à 5 Fr., orifice rigide formant anneau inextensible.

Bruits du cœur fœtal : bons.

Césarienne. — Rachianesthésie 2" 5 de scurocaïne à 4 ‰. Bon résultat. Enfant extrait couvert de Méconium, mais en bon état physique. Hystérectomie, suites excellentes.

OBS. N° XXII. — (Observation N° 75, année 1929. *Bassin rachitique, césarienne, enfant qui a souffert*).

Primipare âgée de 26 ans.

A 2 ans, la femme a fait une polyomyélite antérieure aiguë.

A 7 ans, alors qu'elle se servait encore d'une béquille, la malade a fait une chute et a toujours présenté depuis ce temps une claudication assez marquée (luxation cependant réduite).

Réglée à 14 ans.

Dernières règles du 26 au 29 avril 1928. Mouvements actifs perçus vers trois mois et demi. Depuis le début de sa grossesse, abondantes pertes blanches et verdâtres

Femme petite, atrophie marquée des membres inférieurs, stigmates de rachitisme, bassin étroit rachitique, présentation céphalique haute mobile.

8 février 1929, 22 h. 45. — Rupture spontanée de la poche des eaux, légères coliques, bruits du cœur fœtal affaiblis et accélérés.

23 h. 30. — *Césarienne*. Rachianesthésie. Césarienne supra-symphysaire, extraction d'un enfant de 3 kg. 320 en bon état. Mais le liquide amniotique est souillé de Méconium ; le cordon et les membranes sont fortement teintés.

Obs. N° XXIII. — (Observation N° 179, année 1936). *Bassin rachitique, césarienne, enfant difficile à ranimer.*

Primipare âgée de 30 ans.

Une sœur jumelle dont les accouchements sont difficiles.

Réglée à 15 ans.

Dernières règles du 10 au 18 mai 1935. Mouvements actifs perçus au début octobre 1935.

Vomissements jusqu'à cinq mois et demi.

La malade, femme petite, arrive à la maternité, conduite par une sage-femme, le 8 mars 1936, à 10 h. 30.

parce que : malgré la poche des eaux rompue, la présentation céphalique n'a pas tendance à s'engager. Les bruits du cœur sont accélérés.

Au dire de la malade, la poche des eaux volumineuse, en battant de cloche, sortait par la vulve. Lors de sa rupture, le liquide écoulé était purée de pois.

Examen. — Présentation céphalique O.I.D.P., bruits du cœur lointains et accélérés. Col mou non effacé à 2 Fr., tête très ossifiée.

Bassin rétréci, faux promontoires sacrés.

Bon état général.

10 h. 55. — Rachianesthésie. Césarienne suprasymphysaire, extraction facile d'un enfant de sexe masculin, pesant 3.820 gr.

Ranimé difficilement (mucosités abondantes dans l'arbre trachéo-bronchique).

Vers 17 heures, l'enfant cesse de respirer, se cyanose ; il a fallu le ranimer par insufflation avec le tube de Le Laurier.

Suites opératoires bonnes.

Guérison.

Nota. — Femme revue en 1937. Grossesse à terme, césarienne, anesthésie locale, extraction d'un enfant vivant (présentation par le siège) de sexe féminin, pesant 4.200 gr. (Observation N° 239, année 1937).

OBS. N° XXIV. — (Observation N° 10, année 1930). *Bassin généralement rétréci, épreuve du travail, césarienne, l'enfant a dû être ranimé.*

Primipare âgée de 29 ans.

A toujours bien marché, réglée à 13 ans.

Femme de petite taille. Présentation céphalique débordant peu le pubis. Promontoire facilement accessible bas, bassin généralement rétréci, conservation de la concavité sacrée. Epreuve du travail décidée.

18 novembre, 21 heures. — Début du travail.

19 novembre, 9 h. 30. — Tête fléchie, non engagée, bloquée au D. S.

Dilatation à 5 Fr., poche des eaux volumineuse.

15 heures. — Dilatation à petite paume, contractions violentes.

Tête au D. S. sans engagement.

Rupture artificielle des membranes.

17 heures. — Dilatation complète. Bords flottants. Sans engagement. Perte de Méconium, bruits du cœur excellents.

17 h. 45. — Opération césarienne basse. Rachianesthésie 2 cc. 1/2 scurocaïne sol. à 4 %. Opération classique.

Enfant de sexe féminin, pesant 3.160 gr., extrait couvert de Méconium. Ranimé sans difficultés.

Suites opératoires normales.

Guérison.

Note. — Femme revue en mai 1935. Césarienne itérative. Anesthésie 0,10 de scurocaïne, nécessité d'entretenir au Schleich.

Enfant excellent état.

(Observation N° 32, année 1935).

CAUSES OPERATOIRES

Réserve faite de la modalité d'anesthésie, nous avons en vue ici les causes opératoires plus ou moins précises résultant de la technique d'extraction.

Nous écartons tout de suite un certain nombre de difficultés qui prolongent la durée de l'acte opératoire sans retentir à vrai dire et directement sur le fœtus : difficultés qui existent surtout dans les césariennes itératives, du fait de la nécessité de résequer la cicatrice cutanée, inciser les adhérences, ou encore dans les premières césariennes, du fait d'une tumeur fibreuse encombrant le champ opératoire et gênant l'accès de l'utérus.

Celles qui nous intéressent, sont les obstacles à l'extraction ; ils sont variables suivant la présentation :

Dans les présentations céphaliques, un engagement profond avec modelage important de la tête nécessite un véritable accouchement césarien suprasymphysaire : la tête est coincée dans la cavité pelvienne, la manœuvre habituelle de rotation au doigt introduit dans la bouche impossible et une application de forceps devient indispensable, mais non sans inconvénient pour le fœtus quand la tête ne peut être saisie symétriquement.

Dans les présentations du siège, la saisie d'un pied est en général sans difficulté, mais les vrais obstacles ici, comme lors de l'accouchement par les voies naturelles, apparaissent lorsque les épaules, puis la tête ont à franchir l'anneau de Bandl, qui peut se trouver rétracté. Des manœuvres de force nuisibles au fœtus peuvent alors se dérouler.

Plus rare, mais plus difficile encore est l'extraction d'un fœtus en présentation de l'épaule par césarienne basse.

Il semble même, que dans les cas d'épaule enclavée (négligée), la recherche des pieds dans un utérus moulé étroitement sur le corps du fœtus offre des difficultés extrêmes s'accompagnant de traumatisme pour le fœtus. C'est alors qu'il est indispensable d'allonger l'incision d'hystérotomie franchement sur le segment moyen de l'utérus pour obtenir un accès plus facile.

Dans ces diverses circonstances et quelle que soit la présentation du fœtus, il est hors de doute qu'un rôle primordial est joué dans la souffrance fœtale par la rétraction utérine, la contraction de l'utérus et plus encore l'hypertonie qui succède inmanquablement à l'anesthésie rachidienne.

On pourrait ajouter à ces causes opératoires de souffrances fœtales celle qui résulte dans certains cas de l'inspiration prématurée du fœtus encore dans l'utérus, inspiration qui amène dans les voies aériennes du liquide amniotique ou du sang dont est souvent inondée la région opératoire.

Ce risque est bien entendu aggravé lorsque le fœtus n'est extrait que lentement.

En résumé, résultant soit de la présentation, soit d'un certain degré d'engagement de la présentation parfois coincée au détroit supérieur, soit de l'état de contracture de l'utérus ; l'extraction du fœtus après ouverture de l'utérus peut être pénible et nécessiter des manipulations déterminant un certain degré de souffrance fœtale.

D'autre part, les adhérences péritonéales, la présence d'une tumeur, l'hémorragie au cours de l'incision peuvent compliquer les temps opératoires et retarder l'extraction, contribuant ainsi pour une faible part à la souffrance fœtale.

Facteurs rares qui viennent s'ajouter à des causes existantes souvent plus importantes.

Nous signalons parmi les observations qui vont suivre un cas malheureux de désobstruction des voies respiratoires par l'aspirateur électrique, ayant entraîné la mort de l'enfant.

OBS. N° XXV. — (Observation N° 103, année 1932. *Bassin généralement rétréci, césarienne itérative, enfant inanimé, succombe aux manœuvres de réanimation*).

III pare âgée de 25 ans.

Premiers pas à deux ans et demi. Régée à 18 ans.

Premier accouchement en juillet 1929 (enfant hydro-

céphale) ; deuxième accouchement en avril 1931, césarienne : enfant vivant (pour bassin rétréci).

Mouvements actifs perçus à quatre mois.

Examen le 21 janvier 1933 : siège, dos à droite, bassin rétréci.

29 janvier 1935, 15 heures. — Début du travail.

Examen : présentation en O.I.G.A. très élevée flottante. Très au-dessus du D.S. Col souple dilaté à 5 Fr. poche des eaux intacte.

On rompt la poche des eaux, liquide clair, aucune modification.

Cœur fœtal excellent.

21 h. 30. — Césarienne itérative. Rachianesthésie 0,10 du scurocaïne. Femme indocile, criant. On ne se résout cependant pas à l'anesthésie générale.

Réssection de la cicatrice cutanée, difficulté moyenne à découvrir le S. I., en raison d'une adhérence utéro-pariétale assez lâche.

L'incision utérine remonte par nécessité en plein corps utérin. Inondation de liquide purée de pois et de sang supprimée par aspirateur électrique.

L'hémorragie a été beaucoup plus abondante que dans les cas habituels, extraction de l'enfant (de sexe féminin, pesant 4.100 gr. au forceps de Tarnier. L'enfant est étonné et ne respire pas immédiatement, on place l'aspirateur électrique dans la bouche pour le débarrasser des mucosités et du Méconium. Etat physique médiocre. Injection de Lobeline : l'enfant respire.

Puis l'enfant rend du sang par le nez et la bouche. Apnée. Impossible à ranimer.

Autopsie : poumons splénisés et infiltrés de sang.

Conclusion. — On explique assez mal l'état de l'enfant à l'extraction (bruits du cœur excellents avant l'opération).

L'hémorragie pulmonaire semble être due à l'emploi de l'aspirateur.

OBS. N° XXVI. — (Observation N° 184, année 1931).
Agglutination du col, présentation de l'épaule, césarienne, enfant difficile à ranimer, mort à 2 jours.

II pare âgée de 40 ans.

Premiers pas à 2 ans. Régée à 12 ans.

Un accouchement le 7 août 1930 : mort-né à terme.

Dernières règles : fin octobre 1930. Mouvements actifs perçus en février 1931.

Entre le 22 août pour présentation de l'épaule, aurait perdu les eaux le 17 août.

Examen : Ne semble pas souffrir, utérus globuleux transversal. Bruits du cœur excellents sous ombilic.

Toucher : au centre, saillie conique recouverte de tissu utérin (segment inférieur) qui semble être un coude. Autour de cette saillie, sillon vaginal circulaire profond, le col n'est pas trouvé.

Il semble qu'en arrière de la saillie conique, existe une petite dépression d'où s'irradient des sillons cicatriciels.

Césarienne : Rachianesthésie 0,10 scurocaïne. Bon

résultat. Césarienne basse atypique, car on incise sur le corps au delà de la zone d'adhérence du péritoine.

Pas d'hémorragie.

Extraction pénible d'un enfant, sexe masculin. Poids 4.000 gr. en présentation de l'épaule, qui fait une première inspiration, respire, mais ne crie pas.

Malgré les bains répétés (sinapisés et froids), frictions, flagellation, respiration artificielle, insufflation pendant une heure, on ne peut le faire crier. Lobeline intramusculaire, huile camphrée.

Le 23 août, 10 heures. — sang pur, pas de température.

Le 23 août, soirée. P. L. — Sang noirâtre.

Le 24 août. — Aggravation de l'état général et mort de l'enfant ; à 11 h. 35, il présentait de la raideur des membres supérieurs et inférieurs. Convulsions oculaires.

Femme. — Suites opératoires normales.

Le 12 septembre. — Toucher : infundibulum en entonnoir. Spéculum : on ne voit pas de col.

Obs. N° XXVII. — (Observation N° 120, année 1938. *Bassin rétréci, césarienne, enfant difficile à ranimer*).

III pare, âgée de 32 ans.

Locomotion normale, réglée normalement à 15 ans.

Une grossesse en 1937 : accouchement par forceps, enfant mort-né.

Dernières règles du 15 au 18 octobre 1937. Mouvements actifs perçus à 4 mois.

Début du travail : 19 juillet; rupture des membranes à 18 heures.

22 heures : semble beaucoup souffrir. On fait 1 cgr. de morphine.

Présentation céphalique haute en O.I.D.P. débordant très largement latéralement.

Toucher : col à grande paume. Tête au-dessus du D.S., chevauchement accusé des pariétaux.

Anneau de contracture très profond au-dessus de la tête qui sépare l'utérus transversalement.

Femme de petite taille.

22 h. 45 : césarienne basse. Rachianesthésie excellente, temps opératoires normaux.

Légère difficulté d'extraction des épaules, en raison de l'anneau de contracture.

Extraction à 22 h. 45 d'un enfant de sexe masculin. Poids : 4.000 gr. Difficile à ranimer (aspiration, huile camphrée). Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXVIII. — (Observation N° 144, année 1932. *Bassin rétréci, césarienne, enfant difficile à ranimer*).

Il pare, âgée de 39 ans.

A toujours bien marché. Régée à 17 ans.

Adénite cervicale suppurée à 33 ans.

Accouchement en mai 1926 : enfant mort, supposé en rétention depuis dix jours.

Dernières règles du 7 au 10 novembre 1931. Mouvements actifs perçus à cinq mois.

Vue le 29 août, à 10 heures : présentation céphalique O.I.D.T., pas d'engagement, tête flottante.

Bassin généralement rétréci. Faux promontoires.

10 heures : césarienne basse typique. Anesthésie rachidienne. Extraction au forceps, laborieuse, pénible.

Enfant difficile à ranimer, de sexe féminin, pesant 3.540 gr.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXIX. — (Observation N° 9, année 1931.
Bassin rétréci, césarienne, enfant mort).

Primipare âgée de 36 ans.

A toujours bien marché. Régée à 14 ans.

Dernières règles du 18 au 23 janvier. Mouvements actifs perçus à quatre mois.

Septembre 1931 : position transversale du fœtus, avec tête à droite. Version par manœuvre externe. Tête au D.S. Surveillance tous les huit jours : la tête reste en place.

6 *novembre* : quelques douleurs, la tête a tendance à filer dans la fosse iliaque gauche : on la fixe en place à l'aide d'un tampon et d'une ceinture.

12 *novembre* : dans la nuit, début de travail.

13 *novembre* : après-midi, douleurs extrêmement violentes.

19 heures : douleurs subintrantes. Tête hyperfléchie fixée au D.S. Déborde largement.

On fait une piqûre d'hémypnal.

21 heures : même situation, la femme a somnolé un peu.

22 h. 10 : *césarienne*. Rachianesthésie 0,10 scuro-caïne, quelques bouffées de chloroforme.

L'extraction du fœtus est pénible, l'incision utérine découvrant l'épaule, elle se fait au forceps.

Le fœtus masculin, de 3.000 gr., est recouvert de méconium, cyanosé, inerte, flasque; ne réagit à aucune excitation. Respiration artificielle, huile camphrée, lobeline; la température s'élève, les téguments rosissent.

15 novembre : P.L. : L.C.R. hypertendu, eau de roche. T. : 40°. Raideur de la nuque.

22 novembre : mort.

OBS. XXX. — (Observation N° 119, année 1926. *Bassin rétréci, présentation épaule, césarienne itérative, enfant difficile à ranimer*).

II pare, âgée de 26 ans.

Premiers pas à 9 mois. Régée à 18 ans.

Grossesse antérieure en 1921. Césarienne en septembre 1921, pour bassin rétréci; tête non engagée en O.I.D.P., bosse séro-sanguine très accusée, dilatation à petite paume, douleurs.

Pas de progrès de travail. Césarienne : extraction d'un enfant de sexe masculin pesant 3.250 gr., en bon état physique, qui crie dès l'extraction. Tête très ossifiée.

Grossesse actuelle : dernières règles du 10 au 12 janvier 1926. Mouvements actifs perçus à 5 mois.

15 octobre : bassin généralement rétréci. Présentation de l'épaule.

21 h. 5 : césarienne suprasymphysaire. Anesthésie au Schleich. Incisions habituelles de la paroi, du péritoine, de l'utérus, abaissement d'un pied par l'ouverture utérine, abaissement du second pied. Accouchement par le siège, à travers l'orifice abdominal pratiqué. Tête dernière un peu prisonnière qui finit par passer l'anneau opératoire.

Enfant de 3.420 gr., de sexe masculin; crie dès la naissance, puis se tait. Difficile à ranimer : frictions à l'alcool, flagellation des fesses, dégagement du nasopharynx, bains sinapisés et bains froids. Il reprend connaissance enfin et survit.

Mère : guérison.

CAUSES INDETERMINEES

Les observations qui vont suivre nous mettent en présence de cas surprenants.

L'opération césarienne a été, la plupart du temps, pratiquée au début du travail, souvent sur un œuf intact, avec des bruits du cœur excellents. On a constaté cependant un certain degré de souffrance fœtale, en apparence inexplicable, en tout cas ne pouvant être attribué aux causes que nous venons d'étudier.

Nous avons remarqué, dans ces cas singuliers, la constance de l'efficacité de l'anesthésie rachidienne et l'absence d'hémorragie. Reprenant l'étude physiologique de la rachianesthésie, tant au point de vue anesthésique que maternel, utérin et fœtal, nous avons noté les faits suivants :

L'injection rachidienne de 10 cgr. de scurocaïne (produit et dose utilisés au cours des différentes opérations césariennes étudiées) provoque généralement en dix minutes une bonne anesthésie, durant environ une heure.

Le silence abdominal est complet avec paralysie momentanée des muscles abdominaux.

La crise de vomissement de la vingtième minute est loin d'être constante, et les accidents du côté ma-

ternel sont rares (éviter un relèvement trop brusque).

Du côté fœtal : les échanges très lents entre le L.C.R. et le sang maternel nous font écarter les possibilités d'une intoxication du fœtus par l'anesthésique.

Du côté utérin : la rachianesthésie augmente le tonus utérin. Les contractions sont plus intenses, plus longues, plus fréquentes; elles peuvent même devenir *subintrantes* (Ribemont-Dessaigne et Lesage. *Traité Obstr.*, 1923). Enfin, elle agit sur la circulation, assurant une hémostase physiologique au cours de l'intervention.

En résumé, au point de vue obstétrical, la rachianesthésie présente le triple avantage d'être ocytocique, anesthésique, hémostatique.

En revanche, et c'est là où nous voulons voir l'explication de cette souffrance fœtale surprenante, il est permis de supposer que, dans certains cas, la permanence des contractions entraîne une constriction du fœtus ou du cordon, d'où souffrance par gêne circulatoire : revers de l'avantage ocytocique.

Autre hypothèse qui ne contredit pas la première et la confirme : gêne de la circulation utéro-placentaire provoquée par la constriction des vaisseaux utérins : revers de l'avantage hémostatique.

On remarque parmi les observations qui vont suivre que certaines femmes subissant une césarienne itérative ont été anesthésiées par un autre procédé que la rachianesthésie; d'autres ont subi une rachi imparfaite; les surprises désagréables de la première

césarienne ne se sont pas reproduites, les circonstances opératoires étant souvent identiques; d'autre part l'hémorragie a été plus abondante, témoin de l'échec total ou partiel de la rachi.

On remarquera également certaines observations où l'opération césarienne, pratiquée après l'épreuve du travail, mais avec un cœur fœtal excellent, donne cependant à l'extraction du fœtus des surprises.

Il semble que, dans ces cas, l'action de la rachianesthésie soit venue s'ajouter à toutes les causes de souffrance résultant de l'épreuve du travail plus ou moins prolongée.

OBS. N° XXXI. — (*Césarienne au début du travail, enfant mort*).

Mme T...

Antécédents obstétricaux : femme qui a eu deux accouchements avec présentation de l'épaule et enfant mort.

Troisième grossesse : entre à la Maternité au début du travail.

Examen : siège en oblique.

Auscultation : bruits du cœur excellents. Aucun signe de souffrance.

Cette femme, désirant à tout prix un enfant vivant, on pratique, sur sa demande, une opération césarienne.

Opération : rachianesthésie : 0,10 scurocaïne, résultats excellents. pas d'hémorragie.

Temps opératoires normaux.

Extraction facile d'un *enfant mort en état de rigidité cadavérique*.

Révision utérine : Eperon médian très profond.

Nota. — Femme revue plus tard pour une quatrième grossesse. Césarienne itérative sans attendre le début du travail. Anesthésie générale. Opération facile. Extraction d'un enfant vivant. Présentation de l'épaule.

OBS. N° XXXII. — (Observation N° 183, année 1935. *Bassin rétréci, césarienne; enfant vivant, qui a souffert*).

Primipare âgée de 24 ans.

Premiers pas à 14 mois. Réglée à 13 ans 1/2.

Dernières règles début novembre 1934.

9 septembre, 6 h. 30 : rentre à la Maternité.

Examen : femme obèse, courte, membres grêles.

Tête fœtale haute débordant en avant et à gauche.

Bruits du cœur excellents.

Toucher : athrésie des parties molles. Bassin généralement rétréci. Segment inférieur inexistant, col à 2 fr. très souple, poche des eaux intacte. Présentation céphalique très élevée. Température : 37°5.

7 h. 30 : césarienne : rachianesthésie 0,10 scurocaïne, excellents résultats. Césarienne basse, temps habituels. Particularités : pas d'hémorragies, segment inférieur très mince. Fœtus en droite transvers, recouvert d'une purée de méconium, liquide amnioti-

que très peu abondant. L'enfant, de sexe masculin, pesant 4.480 gr., est extrait facilement et crie immédiatement, double circulaire du cordon.

Suites opératoires normales.

Guérison.

Nota. — Femme revue en octobre 1936. Césarienne itérative le 4 octobre à 6 h. 15, en travail depuis le 3 octobre, à 4 heures. Opération facile, enfant très vivant.

Anesthésie rachidienne, 0,10 scurocaïne, imparfaite, nécessitant l'emploi de chlorokélène. *Hémorragie du segment inférieur après la délivrance*, persistant un peu malgré une injection de 10 U.I. de post-hypophyse Choay.

Obs. N° XXXIII. — (Observation N° 200, années 1936. *Bassin rétréci, césarienne, enfant mort*).

Primipare âgée de 37 ans.

Réglée à 17 ans.

Dernières règles du 24 décembre 1935 au 2 janvier 1936. Mouvements actifs perçus.

16 octobre, 22 heures : début du travail, siège complet en S.I.D.A.

17 octobre, 17 heures : dilatation à 2 fr., poche des eaux intactes, cœur fœtal excellent.

18 octobre, 21 heures : rupture de la poche des eaux.

Examen : dilatation complète. Bassin rétréci, sacrum plat, faux promontoires sacré, épines sciatiques saillantes.

Bruits du cœur fœtal : excellents.

18 octobre, 21 h. 40 : césarienne. Racihanesthésie 0,10 scurocaïne, anesthésie excellente, opération facile, extraction du fœtus par le membre inférieur gauche.

Enfant en état de mort apparente, ne peut être ranimé. Sexe masculin. Poids : 3.370 gr.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXXIV. — (Observation N° 177, année 1935. *Bassin rachitique, césarienne, enfant difficile à ranimer, succombe sans causes apparentes*).

Primipare âgée de 33 ans.

Dernières règles du 28 avril au 1^{er} mai 1934.

Rentre à la Maternité le 4 mars, à 8 heures; quelques coliques.

Présentation céphalique haute au-dessus du D.S. Bruits du cœur bons; le col commence à s'effacer.

5 mars, 2 heures : rupture des membranes, fortes douleurs.

6 heures : dilatation à 2 fr., présentation haute, liquide purée de pois, bruits du cœur bons.

10 heures : dilatation à grande paume. Bassin paraissant rétréci.

Bruits du cœur bien frappés, un peu irréguliers.

10 h. 55 : césarienne. Rachianesthésie 0 gr. 10 scurocaïne, résultats médiocres (légère imprégnation éthylique); on complète par du chloroforme.

Césarienne basse typique. Pas d'hémorragie.

Fœtus extrait couvert de méconium. Sexe masculin, faible, 2.520 gr., le cordon bat, les mouvements respiratoires se produisent.

Ce premier succès est suivi d'une rechute.

L'enfant, en état d'apnée, est insufflé pendant quarante minutes; il crie, mais au bout de quelques heures le cri devient plaintif, et à 18 heures il meurt.

Autopsie : aucun épanchement intracranien.

Viscères (en particulier foie et rate) normaux.

Pour la femme : suites opératoires normales. Guérison.

OBS. N° XXXV. — (Observation N° 46, année 1932.
Bassin rétréci, césarienne, enfant mort.)

Primipare âgée de 29 ans.

Premiers pas à 14 mois, réglée à 16 ans, normalement.

Dernières règles du 25 au 29 août 1931. Mouvements actifs perçus le 11 novembre.

6 juin : rentre à la Maternité pour bassin rétréci. Présentation en O.I.D.A. Bruits du cœur perçus.

6 juin, 20 heures : rupture de la poche des eaux, enfant volumineux, segment inférieur non formé, dilatation à 1 fr., bassin rétréci, sacrum plat, parties molles fermes. Bruits du cœur normaux.

7 juin, 18 heures : césarienne. Anesthésie rachidienne scurocaïne, opération basse, classique, sans incidents.

Enfant de sexe féminin, 5.270 gr., ne crie pas, ne respire pas, le cœur ne bat pas. *N'a pu être ranimé.*

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXXVI. — (Observation N° 124, année 1936, *Bassin rétréci, césarienne, enfant mort*).

Primipare âgée de 32 ans.

Réglée à 13 ans.

Dernières règles du 2 au 5 avril 1935. Mouvements actifs début septembre. Vomissements au début de la grossesse. Dix jours avant l'accouchement, pertes de sang assez abondantes, intermittentes, indolores, qui persistent jusqu'à l'accouchement.

24 janvier 1936, 9 heures : début du travail.

25 janvier 1936, 13 h. 15 : entre à la Maternité ; membranes rompues, tête élevée, bassin rétréci, T. : 38°. Bruits du cœur fœtal excellents.

13 h. 25 : césarienne : incision médiane sous-ombilicale. Temps péritonéal normal, incision utérine sur la ligne médiane, on tombe sur l'oreille du fœtus et l'on extrait rapidement un gros enfant de 3.880 gr., de sexe féminin, couvert de méconium et en état de mort apparente. Très difficilement ranimé ; aspiration des mucosités, bains chauds et froids alternés, lobeline, huile camphrée, coramine par la veine ombilicale, adrénaline intracardiaque. On obtient péniblement quelques mouvements respiratoires ; à 14 h. 50, un cri.

14 h. 50 : l'enfant semble devoir vivre.

18 heures : l'enfant se cyanose, convulsions oculaires. P.L. : L.C.R. clair.

18 h. 15 : décès de l'enfant.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXXVII. — (Observation N° 36, année 1936. *Bassin rétréci, athrésie des parties molles, césarienne itérative quatre heures après le début du travail, enfant couvert de méconium*).

II pare, âgée de 34 ans.

Première grossesse en 1935. Césarienne pour bassin rétréci (Voir Obs. N° 177, année 1935), athrésie des parties molles, primipare âgée.

Enfant décédé quelques heures après la naissance sans causes apparentes.

Dernières règles du 27 juillet au 1^{er} août 1935. Mouvements actifs perçus fin novembre 1935.

30 mai, 6 heures : rentre à la Maternité au début de travail, a perdu les eaux, souffre très peu.

9 h. 30 : présentation céphalique très haute. Col à 2 fr., cœur fœtal excellent. Pas de perte de méconium.

10 heures : *Opération* : césarienne itérative 0 gr. 10 scurocaïne, mauvais résultat (légère imprégnation éthylique), complétée par chlorokélène; opération sans incident, pas d'hémorragie.

Extraction au forceps d'un enfant de sexe masculin

pesant 3.320 gr., très vivant, mais couvert de méconium.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXXVIII. — (Observation N° 110, année 1930. *Bassin rétréci, césarienne itérative, enfant qui a souffert.*)

III pare, âgée de 23 ans.

Premiers pas à 2 ans. Régée à 15 ans.

Première grossesse : présentation du siège, fille de 3 ans actuellement, bien portante.

Deuxième grossesse : césarienne, enfant vivant (décédé en nourrice à l'âge de 15 jours).

Dernières règles le 27 novembre 1929. Mouvements actifs perçus au 5^e mois.

Présentation céphalique O.I.G.A.

26 septembre 1930, 15 heures : début du travail. Tête non engagée, déborde le pubis en avant et à droite. Col non effacé avec dilatation de 1 fr., poche des eaux intacte.

18 heures : stationnaire.

19 heures : *césarienne itérative* : anomalies nombreuses du péritoine pariétal et viscéral, pas d'hémorragies, liquide teinté de méconium. Enfant de sexe féminin, bon état physique. Poids : 2.730 gr.

OBS. N° XXXVIII bis. — (Observation N° 93, année 1931. *Bassin rétréci, césarienne, enfant qui a souffert.*)

Primipare âgée de 16 ans.

A toujours bien marché, réglée à 13 ans.

Dernières règles du 6 au 10 octobre 1930. Mouvements perçus en février 1931.

5 août 1931 : début du travail.

20 h. 30 : dilatation 5 fr., poche des eaux en boudin.

Tête fœtale bloquée au détroit supérieur et débordant fortement le pubis en avant.

Toucher : promontoire très accessible.

Bruits du cœur fœtal excellents.

Opération classique dans tous ses temps.

Enfant extrait couvert de méconium. Ranimé assez facilement. Sexe masculin. Poids : 3.100 gr. Tête très ossifiée, chevauchement important des os de la voûte du crâne.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XXXIX. — (Observation N° 63, année 1926. *Bassin rétréci, césarienne, enfant difficile à ranimer*).

Primipare âgée de 27 ans.

Mère décédée de bacillose pulmonaire.

Premiers pas à 14 mois. Réglée à 16 ans 1/2.

Chorée jusqu'à l'âge de 9 ans.

Dernières règles du 5 au 10 octobre 1925. Mouvements actifs perçus à 3 mois 1/2.

22 juillet 1926, 21 heures : début du travail. Femme petite, présentation céphalique en O.I.D.T., la tête reste au-dessus de la symphyse, qu'elle déborde.

Toucher : bassin généralement rétréci, dilatation inexistante, membranes intactes.

21 h. 30 : césarienne suprasymphysaire : incision abdominale, décollement du péritoine, incision utérine, rupture des membranes. Liquide amniotique verdâtre. Enucléation facile de la tête.

Enfant : bronches embarrassées par des mucosités. Respire mal. Difficulté pour le faire crier.

Guérison.

OBS. N° XL. — (Observation N° 33, année 1930. *Bassin rétréci, césarienne itérative, enfant qui a souffert*).

Antécédents : (Voir Obs. 63, année 1926). (Obs. précédente).

Dernières règles le 2 septembre 1929. Mouvements perçus fin janvier 1930.

14 juin, dans la nuit : début du travail.

15 juin, 9 heures : dilatation à 2 fr. Tête fœtale débordant latéralement, aucune tendance à l'engagement comme dans la grossesse précédente.

10 heures : césarienne itérative : rachianesthésie 2 cc. 5 scurocaïne à 4 %, anesthésie excellente. La poche des eaux se rompt pendant la rachianesthésie.

Opération facile. Perte de sang insignifiante. Enfant de faible volume couvert de méconium, de sexe masculin, poids : 2.950 gr.

Suites opératoires normales.

Guérison.

OBS. N° XLI. — (Observation N° 36, année 1935.
Bassin rétréci, césarienne itérative, l'enfant a souffert).

IV pare, âgée de 45 ans.

Premiers pas à 2 ans. Régée à 12 ans.

1° Un accouchement le 8 août 1930 : mort-né à terme.

2° Une césarienne en 1931 pour agglutination du col et présentation de l'épaule : mort à 2 jours.

3° Un accouchement en 1933, prématuré à 6 mois : mort-né.

Dernières règles du 25 au 30 janvier 1935. Mouvements actifs perçus en mai.

24 novembre 1935 : perd les eaux le matin.

9 heures : présentation céphalique haute flottante. Fœtus volumineux. Bruits du cœur bons.

On trouve le col très difficilement. Agglutination qui cède facilement par vrillage et dilatation très facile.

Le promontoire est atteint assez haut.

Bassin rétréci transversalement.

Bande d'intertrigo suintant à la partie inférieure et médiane de l'abdomen.

11 h. 15 : césarienne : classique haute, rachianesthésie 0 gr. 10 scurocaïne. Bon résultat, pas d'hémorragie. Extraction rapide d'un fœtus qui crie presque immédiatement, mais a déjà perdu du méconium. De sexe féminin. Pesant 4.200 gr.

Suites opératoires normales.

Guérison.

CONCLUSIONS

La souffrance fœtale, et la mortinatalité, chez les enfants extraits par césarienne basse est fonction de facteurs nombreux et divers.

Il semble que les cas soient moins fréquents au cours d'opérations césariennes itératives, en raison de l'expérience précédente, d'où l'intérêt absolu, pour la parturiente, de conserver soigneusement les observations détaillées et de recourir autant que possible au même opérateur.

Parmi les facteurs de souffrance fœtale, il y a lieu de considérer :

Les facteurs préopératoires et antérieurs à tout travail relevant de causes maternelles ou ovulaires, parmi lesquelles :

- l'éclampsie;
- la syphilis connue ou ignorée (très souvent latente);
- l'hématome rétroplacentaire;
- le placenta prævia.

Parfois ils peuvent être prévus et prévenus par une sage prophylaxie, parfois ils surprennent par leur apparition brutale, et le seul moyen d'éviter la prolon-

gation de la souffrance fœtale est évidemment l'intervention chirurgicale rapide s'il ne peut en être autrement.

Les facteurs préopératoires au cours du travail, parmi lesquels il faut envisager :

— Les conditions et la durée de l'épreuve du travail;

— l'ouverture de l'œuf;

— la présentation;

— la procidence du cordon;

— l'intensité des contractions;

— les traitements médicamenteux au cours de l'épreuve du travail;

— les opérations obstétricales appliquées à l'enfant avant la césarienne.

Facteurs plus difficiles à éviter, soit en raison de l'arrivée tardive de la malade en clinique et qui sont survenus sous la direction d'un médecin ou d'une sage-femme, soit en raison des difficultés d'appréciation certaine d'une légère dystocie ; qui pourraient être réduits au minimum par une surveillance attentive à la fin de la grossesse et une action rapide au bon moment.

Les facteurs opératoires proprement dits résultant :

— de la présentation;

— du degré d'engagement parfois ébauché;

— de l'état de contraction plus ou moins prononcé du muscle utérin entraînant des difficultés d'extraction et des manipulations du fœtus.

Ces facteurs peuvent venir renforcer toutes les causes précédentes et il semble bien difficile de les annuler, seules peuvent intervenir pour une faible part l'habileté et la dextérité de l'opérateur.

Les facteurs opératoires mal déterminés.

Il semble que, dans certains cas, la rachianesthésie soit responsable de la souffrance fœtale.

Augmentant d'une façon permanente le tonus utérin, elle entraîne sûrement une constriction du corps du fœtus ou du cordon, d'où gêne circulatoire et souffrance.

D'autre part, son action sur les vaisseaux maternels (prouvée par l'hémorragie insignifiante à l'incision) entraîne une gêne de la circulation utéroplacentaire, retentissant ainsi sur l'état du fœtus.

Facteur mal connu, difficile à prévoir, qui doit certainement s'ajouter à ceux que nous venons d'énumérer et que l'on peut rendre responsable de certaines surprises désagréables dans les cas où tout semblait s'annoncer fort bien, sans parler de ceux plus difficiles à prouver, où il put être la goutte faisant déborder le vase.

Il faut toutefois se garder de vouloir renoncer à la rachianesthésie, sous le prétexte qu'elle peut faire courir un danger (assez minime en somme) à l'enfant.

Si l'on met en balance le petit nombre de cas où l'on puisse l'incriminer seule et le nombre relativement plus grand où les autres causes furent en jeu

avec leurs conséquences autrement graves, on voit qu'il faut avant tout s'attaquer à ces causes.

Examen précoce, prudence, décision rapide. Telle peut se résumer la méthode à suivre pour y parvenir.

Cependant il ne faut pas négliger ce facteur et savoir abandonner parfois l'anesthésie rachidienne (méthode excellente, à peu près inoffensive au point de vue maternel) au profit de l'anesthésie locale, qui rend l'opération plus longue, plus pénible en raison de l'hémorragie nécessitant l'emploi d'aspirateur pour nettoyer le champ opératoire, mais qui permettra d'éviter les surprises, surtout lorsque l'attention aura été attirée sur des faits de souffrance fœtale sans cause apparente au cours d'une césarienne antérieure, ou lorsque les bruits du cœur sont modifiés profondément et qu'il faut éviter toute cause nouvelle, si minime soit-elle, de traumatisme au fœtus.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ RICARDO. — Les césariennes basses à la Maternité à l'Hôpital Lariboisière (1923-1929). (*Thèse*, Paris, 1929.)
- ANDERODIAS. — L'opération césarienne basse, ses indications, ses résultats. (*Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux*, t. XLIX, N° 16, 15 avril 1928.)
- ANDERODIAS et BALARD. — Avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. (*Journées Médicales de Bordeaux*, N° 25, 20-30 septembre 1931.)
- ARNALDO et MORAÈS. — Césarienne intrapéritonéale Baixa. (*Revista de Gyn. e d'Obst.*, Rio-de-Janeiro, février 1927, N° 2.)
- AUDEBERT. — Technique de la césarienne basse. (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, Paris, décembre 1931, N° 12.)
- Césarienne pour procidence du cordon. (*Toulouse Médical*, N° 11, 1^{er} juin 1929.)
- BALARD. — Notre expérience personnelle sur la césarienne basse. (*Gaz. hebd. des Sciences Médicales de Bordeaux*, avril 1928.)
- BERGOUGNAN. — Opération césarienne basse, ses principales indications, ses résultats. (*Phare Médical de Paris*, N° 118, octobre 1932.)
- BERCOVICI BERNARD. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. (*Thèse de Paris*, 1927.)

- BRAULT (P.). — Les possibilités actuelles de la césarienne. (*Le Progrès Médical*, N° 6, 7 février 1931.)
- BRINDEAU. — La césarienne basse (Librairie Tachmann).
— La rachianesthésie en obstétrique. (*Leçons du jeudi soir. Clinique Tarnier*, année 1925.)
- BRINDEAU et CANNONE (M.). — Technique de la césarienne basse (Indic. résultats). (*Journal Médical Français*, N°s 1-3-8, janvier 1930.)
- BERTRAND. — Anesthésie générale par rachicocaïnisation lombosacrée. (*Th. Médecine*, 1913-1914.)
- BROUHA. — La césarienne segmento-corporéale. 1^{re} Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., séance du 6 mai 1933 ; in *Bruxelles Méd.*, N° 28, 13 mai 1933.)
— A propos des indications de la césarienne suprasymphysaire. (Communication à la Soc. Belge de Gyn. et Obst., 1^{er} mai 1925.)
- BENOIST-GIRONNIÈRE. — Césarienne suprasymphysaire, avantages, indications. Résultats opératoires. (*Thèse*, Paris, 1930.)
- BENOIT. — De la césarienne itérative. (*Thèse*, Montpellier, 1912.)
- COHEN (A. H.). — Césarienne basse au cours du travail. Facteur de gravité. (*Thèse*, Paris, 1936.)
- CANIJARES GARCIA. — Anesthésie en obstétrique. (*Thèse*, Paris, 1935.)
- COHEN (A.). — Accouchement méthodiquement rapide. Rachianesthésie. (*Thèse*, Paris, 1930.)
- DORMOY (R. L. E.). — Epreuve du travail dans les bassins limites. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- DUFOUR. — Anesthésie rachidienne obstétricale par injection d'une solution concentrée de novocaïne. (*Thèse*, Paris, 1927.)
- DAUPHIN (J.). — Obstétricie en 1924. Revue analytique des principaux travaux français et étrangers. (*Thèse*, Paris, 1926.)

- DELMAS. — Opération césarienne itérative quarante heures après le début du travail et trente heures après la rupture des membranes. (*Bull. Soc. Obst. de Paris*, 1911, XIV, p. 551.)
- DAGORN. — Procidence du cordon. (*Thèse*, Bordeaux, 1933-1934.)
- DESIOUBRY. — Placenta prævia. (*Thèse*, Paris, 1927.)
- DELERT (P. P.). — Hémorragie rétroplacentaire, pronostic et traitement. (*Thèse*, Paris, 1937.)
- ENGELHARD (A.). — Césarienne tardive. (*Thèse*, Paris, 1926.)
- FOURNIER-RASCOL. — Césarienne itérative. (*Soc. Obst. et Gyn. de Toulouse*, novembre 1924.)
- GATTÉ (R.). — Hémorragie rétroplacentaire dans ses formes graves. (*Thèse*, Paris, 1936.)
- GONZALES FERNANDEZ (J. R.). — Hémorragie rétroplacentaire. (*Thèse*, Paris, 1937.)
- GENDRAT (G.). — Césarienne basse à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Rennes. (*Thèse*, Paris, 1936.)
- GABORY. — Procidence du cordon, opération césarienne. (*Thèse*, Paris, 1909-1910.)
- GILBERT (E. N.). — Césarienne abdominale. Extension des indications. (*Thèse*, Paris, 1935.)
- L'HOIR (G.). — Dystocie pelvienne, différents procédés de césarienne, étude critique. (*Thèse*, Paris, 1933.)
- MATEI (M.). — Souffrance fœtale au cours du travail. (*Thèse*, Paris, 1926.)
- MEISELBERGER (J.). — Nouveau-nés, mortalités dans les premières semaines de la vie. (*Thèse*, Paris, 1930.)
- MOYER (M.). — Traitement chirurgical des hémorragies par placenta prævia. (*Thèse*, Paris, 1933.)
- MERCIER (A.). — Hémorragies par placenta prævia. Traitement. (*Thèse*, Paris, 1934.)

- MERGER. — La césarienne tardive. (*Gyn. et Obst.*, t. XXVIII, N° 5, novembre, et N° 6, décembre 1933.)
- Mort apparente du nouveau-né. Etiologie et pronostic. (*Thèse*, Paris, 1929.)
- NICOGLOU (T.). — Mortinatalité. Statistique de la clinique Baudelocque, 1920, 1926. (*Thèse*, Paris, 1928.)
- NEVEU. — Procidence du cordon, opération césarienne. (*Thèse*, Paris, 1909-1910.)
- NICOLOFF (Théodore). — (*Thèse*, Lyon, 1932.)
- PAUCOT. — Un cas de césarienne itérative. (*Bull. Soc. Obstr. et Gyn.*, Paris, 1912, p. 634.)
- PHÆDONAS. — Fœtus, respiration et vagissements intra-utérins. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- PROVENSAL. — Nouveau-nés. Mort subite et rapide. (*Thèse*, Paris, 1906-1907.)
- RUBIN (G.). — Césarienne, opération basse, pronostic.
- VIGNES. — Le risque des césariennes pratiquées tardivement au cours du travail. (*Presse Méd.*, janvier 1927.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



